



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Carta al Editor

Avances clave en el abordaje de la dislipidemia según las guías ESC/EAS 2025

Jorge Hernández Navas^{a,*}, Luis Dulcey Sarmiento^b, Jaime Gómez Ayala^c, Juan Therán León^a

^aUniversidad de Santander. Bucaramanga, Colombia. ^bUniversidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

^cUniversidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

La dislipidemia continúa siendo uno de los determinantes modificables más relevantes del riesgo cardiovascular aterosclerótico. Las guías ESC/EAS 2025 consolidan y actualizan la experiencia acumulada en los últimos años y refuerzan una estrategia de reducción intensiva del colesterol LDL (LDL-C) basada en metas estrictas y tratamiento personalizado¹.

El objetivo de este manuscrito es destacar los principales cambios introducidos por estas guías y dar un análisis potencial clínico, particularmente en práctica ambulatoria y en atención primaria en salud.

Uno de los principales elementos es la reafirmación de objetivos estrictos de LDL-C en prevención secundaria y en pacientes con riesgo muy alto (menor de 55 mg/dl y reducción de al menos 50 % respecto al basal) o alto (menor de 70 mg/dl)¹. Estas metas se sustentan en ensayos clínicos de alta calidad que demostraron que la reducción adicional del LDL-C mediante estrategias combinadas disminuye significativamente los episodios cardiovasculares mayores.

En el estudio IMPROVE-IT, la adición de ezetimiba más estatinas tras un síndrome coronario agudo demostró reducir el número de episodios cardiovasculares². Posteriormente, los ensayos FOURIER Y ODYSSEY Outcomes demostraron que la inhibición de PCSK9 con evolocumab y alirocumab, respectivamente, redujeron de manera significativa el número de episodios cardiovasculares mayores en pacientes con enfermedad establecida^{3,4}. Estos datos respaldan el principio de que reducciones más profundas y sostenidas del LDL-C se asocian a mayor beneficio clínico.

Otro avance relevante es el énfasis en la terapia combinada precoz. Las guías sugieren utilizar estatinas de alta intensidad junto con ezetimiba desde etapas tempranas en pacientes de riesgo elevado, y añadir inhibidores de PCSK9 o inclisiran cuando no se alcanzan las metas¹. La estrategia

responde a experiencias que demuestran que la intensificación tardía retrasa el logro de objetivos y prolonga la exposición del riesgo residual. Asimismo, nuevas terapias, como el ácido bempedoico, han ampliado las opciones en pacientes con intolerancia a las estatinas. El ensayo CLEAR Outcomes evidenció reducción significativa del número de episodios cardiovasculares en esta población⁵.

Las guías también refuerzan la importancia de evaluar el riesgo residual mediante la inclusión de la lipoproteína a. Estudios recientes han demostrado que su reducción mediante terapias dirigidas puede modificar el riesgo cardiovascular futuro, por lo que su medición se ha consolidado como herramienta de estratificación adicional⁶.

En prevención secundaria se enfatiza la necesidad de un seguimiento estructurado y evaluación periódica de la adherencia terapéutica¹. La persistencia en el tratamiento es un determinante clave del éxito clínico. Intervenciones educativas, simplificación de esquemas farmacológicos y combinaciones de monoterapias pueden mejorar la adhesión y reducir la variabilidad del control lipídico.

Desde el punto de vista de atención primaria, la implementación práctica implica priorizar pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, diabetes con daño orgánico, enfermedad renal crónica o múltiples factores de riesgo. Resulta fundamental realizar estratificación sistemática, evaluar interacciones en el contexto de polifarmacia y establecer metas individualizadas. La coordinación entre atención primaria y hospitalaria es clave para optimizar resultados sin incrementar la carga terapéutica innecesaria. Finalmente, las guías reconocen el papel emergente de herramientas digitales y sistemas de apoyo a la decisión clínica para facilitar el seguimiento longitudinal¹. No obstante, su incorporación debe realizarse a partir de experiencias y adaptada al contexto local.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeandreshernandez2017@gmail.com (J.A. Hernández Navas).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.032>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Como conclusión, las guías ESC/EAS 2025 consolidan un modelo de abordaje intensivo y personalizado de la dislipidemia sustentado en bibliografía consistente. Más que representar un cambio disruptivo, constituyen la evolución coherente de una estrategia orientada a la reducción sostenida del riesgo cardiovascular. Su adecuada implementación, especialmente en atención primaria, puede contribuir de manera significativa a disminuir la carga de enfermedad cardiovascular en nuestra población.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2025 focused update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2025;46(42):4359-78. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf190>.
2. Cannon CP, Blazing MA, Giugliano RP, McCagg A, White JA, Theroux P, et al. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes (IMPROVE-IT). *N Engl J Med*. 2015;372:2387-97. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1410489>.
3. Sabatine MS, Giugliano RP, Keech AC, Honarpour N, Wiviott SD, Murphy SA, et al. Evolocumab and clinical outcomes in patients with cardiovascular disease (FOURIER). *N Engl J Med*. 2017;376:1713-22. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1615664>.
4. Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, Bhatt DL, Bittner VA, Diaz R, et al. Alirocumab and cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome (ODYSSEY OUTCOMES). *N Engl J Med*. 2018;379:2097-107. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801174>.
5. Nissen SE, Lincoff AM, Brennan D, Ray KK, Mason D, Kastelein JJP, et al. Bempedoic acid and cardiovascular outcomes in statin-intolerant patients (CLEAR Outcomes). *N Engl J Med*. 2023;388:1353-64. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2215024>.
6. Tsimikas S, Karwatowska-Prokopczuk E, Gouni-Berthold I, Tardif JC, Baum SJ, Steinhagen-Thiessen E, et al. Lipoprotein(a) reduction in persons with cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 2020;382:244-255. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1905239>.